



## DCVC: Informe de Discapacidad/Pérdida de Apoyo del Médico

PSD24

Departamento de Compensación a Víctimas de Crimen (DCVC), 1205 Pendleton Street, Room 401, Columbia, SC 29201 • Teléfono 803-734-1900 • Fax 803-734-2261  
[WWW.SOVA.SC.GOV](http://WWW.SOVA.SC.GOV) (Haga clic en la guía de pagos y reembolsos en la pestaña «Para proveedores» para obtener más información)

### **Este formulario se aplica a usted:**

**Si** usted es el cónyuge de la víctima directa o el padre/madre/tutor legal de una víctima menor de edad que sufrió una lesión física y requiere atención individual

**Si** el médico tratante de la víctima directa certifica que es médicamente necesario que usted brinde atención individual a la víctima que sufrió la lesión

**Si** es médicamente necesario que pierda más de dos semanas consecutivas de trabajo

Al médico tratante de la víctima directa:

En su opinión profesional, ¿certifica con un grado razonable de certeza profesional que la víctima requiere atención individual del cónyuge o padre/madre/tutor legal, y que se requiere que dicha atención se prolongue durante al menos dos semanas consecutivas?

\_\_\_\_ Sí      \_\_\_\_ No

### **Si su respuesta fue afirmativa,**

ingrese el nombre de su paciente: \_\_\_\_\_

ingrese la fecha en que ocurrió el incidente: \_\_\_\_\_

### **Sección 1: Información del cónyuge o padre/madre/tutor legal (la persona que solicita la compensación por pérdida de algún tipo de apoyo)**

Nombre legal \_\_\_\_\_ N.º de Seguridad Social (últimos 5 dígitos) \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Número de reclamo del DCVC \_\_\_\_\_ Fecha del crimen \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dirección particular \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

### **Sección 2: A completar por el médico tratante**

Describa las lesiones sufridas como resultado directo del crimen: \_\_\_\_\_

Describa el tipo de cuidado que es médicamente necesario y que debe proporcionarlo el cónyuge o el padre/madre o tutor legal de la víctima directa: \_\_\_\_\_

Se deberá brindar atención desde el \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ hasta el \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Escriba a máquina o a mano en letra de imprenta el nombre del médico tratante \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Firma del médico tratante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre y dirección del centro de salud \_\_\_\_\_

### **Sección 3: Al cónyuge o padre/madre/tutor legal de la víctima directa**

#### **Criterios para pérdida de salario**

**Debe cumplir con los cuatro criterios: (1) Empleo (2) Tiempo de trabajo perdido (3) Ingresos notificables y (4) Discapacidad**